



## **AValiação de Política Pública para Hospitais de Pequeno Porte: um referencial para a efetividade**

Maria Olivia Costa<sup>1</sup>  
Ricardo Viana Sales<sup>2</sup>

### **Resumo**

O presente artigo tem como objetivo descrever o processo de avaliação de uma política pública, através do estudo de caso do hospital municipal de pequeno porte do município de Quijingue no estado da Bahia. Utiliza o método dedutivo, com a coleta indireta dos dados, através de pesquisa documental e bibliográfica que fundamentaram o tema. Divide o estudo em três etapas: a primeira busca definições e conceitos acerca da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP); a segunda sobre um referencial teórico de avaliação de políticas públicas; e a terceira etapa relata o estudo de caso do HPP do município de Quijingue (BA) para as considerações finais.

**Palavras-chave:** Avaliação. Política Pública. Hospital de Pequeno Porte. Saúde.

**PUBLIC POLICY EVALUATION FOR SMALL HOSPITALS:** a benchmark for effectiveness.

### **ABSTRACT**

This article aims to describe the process of evaluation of a public policy, through the case study of the small municipal hospital of the municipality of Quijingue in the state of Bahia. The deductive method was used, with an indirect collection of the data, through documentary and bibliographic research that underlies the theme. The study was divided in three stages: the first search and concept about the National Policy of Small Port Hospitals (PNHPP); a second on a theoretical framework for evaluating public policies; and the third step reports the case study of the HPP of the municipality of Quijingue (BA) for the final considerations.

**Keywords:** Evaluation. Public Policy. Small Hospitals. Health.

**Artigo recebido em: 12/10/2018 Aprovado em: 12/09/2019**  
**DOI:** <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v23n2p771-785>.

---

<sup>1</sup> Nutricionista. Discente de Pós-Graduanda em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS. E-mail: [sousagestao@gmail.com](mailto:sousagestao@gmail.com)

<sup>2</sup> Administrador. Pós-graduando em Direito, Governança e Políticas Públicas da Universidade Salvador – UNIFACS. E-mail: [ricardojvsales@hotmail.com](mailto:ricardojvsales@hotmail.com)

## **1 INTRODUÇÃO**

Segundo Andrade (2016), a Organização Mundial de Saúde (OMS) define hospitais como sendo estabelecimentos com serviços de urgência, emergência e internação, em condições eficientes e de qualidade. Deve ainda possuir tecnologias e estrutura física em consonância com suas funções, em condições dignas de acolhimento aos seus usuários.

A Portaria GM/MS nº 3.390 de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar, traz no seu Artigo 3º a definição de hospitais como sendo instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários, em internações e ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

No Brasil os hospitais são classificados, segundo a Portaria GM/MS nº 2.224, de dezembro de 2002, em quatro tipos: pequeno porte (os que possuem menos de 50 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos) (BRASIL, 2002).

Segundo Ugá (2007), um dos fatores que contribuíram para o aumento na quantidade de HPP, em especial em municípios interioranos, deriva de financiamentos oriundos das emendas parlamentares. Essa modalidade de financiamento quase nunca se fundamenta na real necessidade de saúde da localidade contemplada. Na sua maioria a justificativa predominante contempla apenas o caráter político do parlamentar.

Ugá (2007) ainda ressalta o processo de descentralização do SUS, ocorrido na década de 90, com as Normas Operacionais Básicas de Saúde, em 1991 e 1993. Segundo ele, esse movimento implicou a elevação da quantidade de Hospitais de Pequeno Porte, no entanto, acompanhados de pouca capacidade tecnológica.

O processo de regionalização e descentralização do Sistema Único de Saúde trouxe também, como um dos seus objetivos, a organização de redes articuladas e resolutivas de serviços no nível microrregional. Para esse alcance, tendo em vista a capacidade desses estabelecimentos em agregar resultados à atenção básica, principalmente nas regiões mais distantes dos grandes centros urbanos e dos serviços de maior complexidade, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) devem ser considerados estabelecimentos estratégicos para a integralidade do cuidado no SUS.

Com base na população de abrangência, necessidades de saúde e características epidemiológicas da região, se fez necessária a adequação da oferta de leitos.

Considerando, entre outros fatores, a necessidade de adequar o perfil assistencial dos estabelecimentos hospitalares classificados como de pequeno porte, por possuírem entre 5 e 30 leitos,

## ***AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: um referencial para a efetividade***

o Ministério da Saúde publicou em 2004 a Portaria GM/MS nº 1.044. Este documento instituiu a Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) como uma das medidas com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do SUS, em municípios ou microrregiões de até 30 mil habitantes (BRASIL, 2004).

A Portaria GM/MS nº 1.044/ 2004 trouxe critérios para a adesão que fortalecem o monitoramento, a avaliação, a regulação e a transparência dos recursos do SUS aplicados nesses estabelecimentos. Contempla nas suas propostas implantação de parâmetros capazes de qualificar e humanizar a assistência, a gestão e a descentralização do SUS. Além de induzir o processo de descentralização, visa agregar resolutividade na assistência prestada por esses estabelecimentos de saúde, na rede já existente.

Para participarem da PNHPP, os HPP precisam adequar-se, de preferência, para as especialidades básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia), saúde bucal (especialmente urgências odontológicas), pequenas cirurgias e urgência e emergência (ANDRADE, 2016).

A Adesão à PNHPP ocorre de forma voluntária, através da Secretaria Estadual de Saúde, por meio de um processo de contratualização. Neste, fica definido o papel do hospital na rede, e são fixadas metas quantitativas e qualitativas, condizentes com um orçamento integral, ao invés do modelo tradicional de cobranças de serviços hospitalares (SIH/SUS). Após contratualização o hospital passa a receber os recursos de internamento e ambulatório com valores mensais pré-fixados no contrato (BRASIL, 2004).

Estudos demonstram que os HPP representam mais de 60% da rede hospitalar brasileira, distribuídos na sua maioria em municípios de pequeno porte, com baixa densidade populacional. Estes estabelecimentos em geral possuem baixa complexidade e pouca tecnologia, além de apresentarem baixa taxa de ocupação (UGÁ, 2007).

No trabalho de Ugá, 2007, *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS*, foram avaliados dois anos destes estabelecimentos dentro da PNHPP e não foram encontradas mudanças no perfil da produção durante o tempo avaliado, atribuindo este resultado, principalmente, pela falta do cumprimento de uma política de investimentos e de recursos humanos (UGÁ, 2007).

Na pesquisa referem haver encontrado 89% dos HPP com sala cirúrgica, o que agrega tecnologia na infraestrutura do serviço de forma significativa. No entanto, os procedimentos prevalentes nestes estabelecimentos correspondem aos de clínica médica. Além disso, ao contrário ao esperado, o estudo demonstrou 29% desses hospitais com sala de parto (UGÁ, 2007).

Para Ugá (2007), os HPP possuem um papel importante no atendimento às demandas locais de saúde, principalmente às urgências, emergências e partos, de modo que se torna importante

discutir sobre a função deles no SUS e buscar estratégias de fortalecimento da Política nas regiões e municípios.

O Estado da Bahia passou a aderir à PNHPP em 2006, a partir da homologação da Portaria GM/MS nº 663, com a participação de 32 municípios (BRASIL, 2006). Em 2011 o Estado da Bahia publicou a Resolução CIB/BA nº 191/2011, aprovando a Política Estadual para Contratualização de HPP, para o SUS.

Com o intuito de garantir o acesso qualificado da população aos serviços de saúde e a indução do processo de descentralização, além de outros fatores, a Bahia resolveu aderir a um modelo de organização e financiamento que incentive a ação dos HPP na rede de assistência (BAHIA, 2011).

A Resolução CIB/BA nº 191/2011 estabelece que os recursos financeiros provenientes das internações hospitalares (componente pré-fixado do contrato) sejam repassados conforme normas vigentes do contrato. Enquanto que o componente ambulatorial (pós-fixado ao contrato) somente será pago ao Fundo Municipal de Saúde após apresentação e apuração dos procedimentos pela SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia), segundo fluxo do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS).

No Artigo 13 da Resolução CIB/BA nº 191/2011 estão fixados como critérios para suspensão das transferências financeiras pactuadas, o não cumprimento das obrigações do contrato por três meses consecutivos ou cinco alternados, no período de um ano (BAHIA, 2011).

Como parâmetros quanto à oferta de leitos, o Estado da Bahia estabelece a necessidade de internação estimada em 3,6% da população da área de abrangência/ano; taxa de ocupação de 80%; e, média de permanência de 05 dias. Manteve o valor fixo do leito de R\$ 3.000,00 (três mil reais), instituído anteriormente na Resolução CIB/BA nº 141/2010 (BAHIA, 2011).

Para avaliação da Política Pública dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), apresentada neste trabalho, considerou-se um elenco teórico de conceitos e pontos de vista diferentes e complementares.

Metodologicamente, o estudo analisou dados indiretos, coletados através de pesquisa bibliográfica e documental (contrato de metas e relatório de auditoria). O HPP utilizado como estudo foi o Hospital Municipal de Quijingue (BA), um dos contemplados na relação dos 32 municípios da Portaria GM/MS nº 663/2006. A avaliação do estudo diz respeito aos dados coletados no período de 01 a 31/10/2016, com o objetivo de analisar o cumprimento dos compromissos e responsabilidades assumidos e firmados com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, considerando o tipo de assistência à saúde hospitalar prestado e a conformidade às diretrizes da Política Nacional e Estadual de Hospitais de Pequeno Porte. Foram analisadas metas quantitativas e qualitativas e sua avaliação para constatação da efetividade da política pública em questão.

Após análise dos dados, torna-se possível afirmar se houve, ou não, eficácia na execução da Política de HPP por ambas as partes: município de Quijingue, com o cumprimento das metas contratualizadas; Estado da Bahia, com a regularidade dos repasses financeiros, ou suspensão nos casos de descumprimento das metas, conforme Artigo 13 da Resolução CIB/BA nº 191/2011.

## **2. AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA**

### **2.1 Referencial teórico**

O conceito de avaliação das ações governamentais, assim como o de planejamento, surge com as transformações no papel do Estado, especialmente devido ao esforço de reconstrução após a Segunda Guerra, à adoção de políticas sociais e à consequente necessidade de analisar os custos e as vantagens de suas intervenções. Mais recentemente, no âmbito do grande processo de mudança das relações entre o Estado e a sociedade e da reforma da administração pública, que passa do primado dos processos para a priorização dos resultados, a avaliação assume a condição de instrumento estratégico em todo o ciclo da gestão pública (MOKATE, 2002).

Segundo Viana (1996), políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento), que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos.

Para Saraiva (2006), um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a manter essa realidade. É um sistema explícito e coerente de fins últimos, objetivos e meios práticos, perseguidos por um grupo e aplicados por uma autoridade. Easton (1970) define como uma forma mais abrangente de tomada de decisão, em que as decisões são consideradas em conjunto e o ambiente para as decisões é sistematicamente analisado e revisto. Ele afirma que uma política pública consiste numa rede de decisões e ações que alocam valores.

Segundo Thoenig (1985), há cinco importantes elementos que caracterizam uma política: um conjunto de medidas concretas; as decisões ou formas de alocação de recursos; a inserção de um quadro geral de ação; a existência de um público-alvo, ou de vários públicos; e, uma definição obrigatória de metas ou objetivos a serem atingidos em função de normas e valores.

Nesse processo de definição de política pública, e para aprofundamento do objetivo

proposto por este artigo, é importante delimitar também diferença entre política pública e decisão política. Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas, para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política, corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando, em maior ou menor grau, certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Assim, embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública (RUAS, 2017).

Ruas (2017) ainda complementa seu conceito quando diz que uma política pública, geralmente, envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas.

Para os autores deste artigo, política pública envolve um conjunto de ações estratégicas que devem ser elencadas numa classificação multidimensional, levando em consideração variáveis tais como público-alvo, impacto, orçamento, regionalização, indicadores de resultado e efetividade, contemplando assim, as dimensões da estratégia governamental, organizacional e orçamentária-financeira.

Embora os autores acima citados conotem certo grau de racionalidade e ordenação em seus conceitos, vale salientar que, no processo de política pública, lidamos com o inesperado, não apenas com o racional. É preciso um olhar para um processo mais complexo perante a turbulência e, muitas vezes, uma sensação de não governabilidade nas ações governamentais. Uma sensação de desordem que não afeta apenas o cidadão, mas os atores administrativos, políticos e os analistas perante uma aparente debilidade do Estado no cumprimento das políticas públicas, do seu dever e papel.

Quando Monnier (1992) denomina esse aparente, ou não, caos de *anarquia organizada*, para ele, as preferências problemáticas, as tecnologias não claramente especificadas e a participação fluida são características das instituições do Executivo. Além disso, esses autores reforçam quando dizem que a dificuldade de racionalizar os processos de política pública viria das características das instituições do Executivo, fato este que se evidencia quando analisamos a realidade da gestão pública municipal brasileira e sua necessidade de ser conduzida conforme um critério racional, importante balizador da ação governamental.

Não é pretensão aprofundar o conhecimento da etapa avaliação de política pública na política pública de hospitais de pequeno porte, objeto central deste artigo, sem antes acrescentar que existem diversas formas de estudar uma política e avaliá-la, as quais dependem do ponto de vista em que se situa o analista. Para Hogwood e Gunn (1981), existem pelo menos sete perspectivas para analisar uma política pública, citadas a seguir. Os estudos de conteúdos de política, onde o analista

procura descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas específicas; o estudo de processo das políticas, que prestam atenção às etapas pelas quais um assunto passa, procurando verificar a influência de diferentes setores no desenvolvimento desse assunto; os estudos de produtos de uma política, que explicam os motivos dos níveis de despesa ou fornecimento de serviços variarem entre áreas; estudos de avaliação, localizados entre a análise de política e as análises para a política, podendo ser descritivos ou prescritos. Além disso, os autores elencam a análise do processo, que busca melhorar a natureza dos sistemas de elaboração de políticas e a análise de políticas, onde o analista pressiona, no processo de política, em favor de ideias ou alternativas específicas.

Independente dos diversos conceitos, o que se pode constatar é o crescente uso do termo “política pública”, antes ausente no vocabulário da imprensa, das instituições públicas e do cidadão comum. A grande maioria dos cidadãos não passa um dia sequer sem ler, ouvir, escrever ou pronunciar essa expressão que, além de ter entrado para o léxico político e de ter sido incorporada pelo universo brasileiro de comunicação, converteu-se em importante indicador das profundas transformações ocorridas no relacionamento do Estado e sociedade, nas instituições e na política. Transformações estas externadas por diversas formas, como os movimentos populares, lutas de categorias trabalhadoras específicas, entre outros, que conseguem mudanças importantes no contexto político e econômico de um país. Um exemplo disso, vivenciado pela sociedade brasileira, foi a paralisação dos caminhoneiros, em maio de 2018, que estacionou grande parte da cadeia produtiva do país. Um movimento muito além do preço do óleo diesel, mas, um importante indicador, que simboliza o quanto a sociedade brasileira já reconhece o seu poder de articulação e reivindicação, em suas diversas redes, perante o Estado. O ato colocou à prova a legitimidade do Estado e a resolutividade das suas instituições perante a adoção e reavaliação de políticas públicas, que de fato sejam efetivas ao dia a dia do cidadão brasileiro.

## **2.2 Política Estadual de HPP em Quijingue – BA**

O município de Quijingue encontra-se na região sisaleira do Estado da Bahia, com uma área de 1.271,07 km<sup>2</sup>. Foi fundado em 1962 e sua população estimada em 298.566 habitantes (IBGE, 2016). Desta, 37,54% em extrema pobreza (DAB, 2010) e apenas 0,24% das pessoas com plano de saúde (DAB, 2016). As Equipes de Saúde da Família apresentam uma cobertura de 100% (DAB, 2016) e o hospital é a única unidade hospitalar da cidade.

A partir da adesão do Hospital Municipal de Quijingue na PNHPP, publicada na Portaria GM/MS nº 663/2006, o município realizou e manteve contrato de ações com Plano Operativo Anual (POA), com a SESAB até 2017. Encerrou-se apenas em agosto de 2017, por opção do município de

Quijingue, quando o mesmo aderiu à gestão plena da saúde, com o Comando Único das ações e serviços da atenção especializada, ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade (BAHIA, 2017).

Em 2016, o Departamento de Auditoria da SESAB realiza auditoria nos HPP do Estado da Bahia, como parte do Plano Estadual de Auditoria, contemplando o município de Quijingue no período de 01 a 31/10/2016, com objetivo de avaliar o cumprimento dos compromissos e responsabilidades firmados no contrato n° 087/2015 firmado com a SESAB.

A contratação do Hospital de Pequeno Porte, inserido na rede hierarquizada de Atenção à Saúde, para a prestação de serviços assistenciais de média complexidade na atenção ambulatorial e/ou hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS visa assegurar a resolutividade e qualidade das ações e serviços na forma do Plano Operativo. Para análise dos resultados, foram consideradas as metas quantitativas e qualitativas e sua avaliação para constatação da efetividade da política pública no hospital municipal de Quijingue.

O critério de avaliação foi vincular as metas quantitativas e qualitativas aos compromissos, em um horizonte temporal de 12 meses, entre setembro de 2015 a agosto de 2017, com investimento de R\$ 690.901,32 (seiscentos e noventa mil, novecentos e um reais, trinta e dois centavos).

Das constatações registradas em relatório, descreveremos neste trabalho as que se relacionam com a avaliação da Política de HPP, no que se refere às metas pactuadas para qualificar a assistência à saúde.

Abaixo, segue informação sobre as internações de residentes de Quijingue por especialidade do leito de ocorrência entre setembro de 2015 a agosto de 2016.

**Quadro 1 – Internações de residentes de Quijingue (BA), por especialidade, setembro 2015 a agosto 2016**

<b>Especialidade do leito</b>	<b>Município da internação</b>	<b>N° de AIH</b>
Cirúrgico	Salvador	94
	Antas	89
	Feira de Santana	28
	Euclides da Cunha	22
	Outros	25
Obstétricos	Antas	59
	Quijingue	44
	Euclides da Cunha	19



**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: um referencial para a efetividade**

	Ribeira do Pombal	13
	Outros	23
Clínicos	Quijingue	77
	Salvador	23
	Euclides da Cunha	20
	Feira de Santana	15
	Outros	10
Pediátricos	Feira de Santana	23
	Quijingue	21
	Salvador	16
	Outros	09

Fonte: SIH/SUS set/2015 a agosto/2016

Observa-se acima que no período de 12 meses o Hospital Municipal de Quijingue realizou apenas 142 internamentos, sendo a média por mês menor que 12 internamentos.

Para a avaliação da efetividade dessa política pública, propomos, portanto, avaliar a eficácia do Plano Operativo Anual/POA – que estabelece as metas quantitativas e qualitativas, bem como os compromissos assumidos pelo hospital com vistas a avaliar as metas físicas para o atendimento hospitalar e para o atendimento ambulatorial. A seguir, as metas orçamentárias com referencial quantitativo e qualitativo.

**Quadro 2 – Programação orçamentária do HPP de Quijingue (BA)**

Programação orçamentária	Financeiro	
	Mensal	Anual
Média complexidade pré-fixado internação hospitalar	45.900,00	550.800,00
Média complexidade pós-fixado procedimento ambulatorial	6.575,11	78.901,32
Parcela fixa (metas físicas)	52.475,11	629.701,32
Parcela variável (metas qualitativas)	5.100,00	61.200,00
<b>Total contratado</b>	<b>57.575,11</b>	<b>690.901,32</b>

Fonte: Contrato 087/2015

Dez por cento (10%) do valor pré-fixado, que remonta a R\$ 5.100,00 (cinco, mil e cem reais) seriam repassados mensalmente e vinculados ao cumprimento das metas de qualidade

discriminadas no Plano Operativo Anual (POA). Noventa por cento (90%) do valor pré-fixado, que remonta a R\$ 45.900,00 (quarenta e cinco mil e novecentos reais), seriam repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar de acordo com o percentual de cumprimento das metas físicas pactuadas no Plano Operativo Anual, e definidas por meio das faixas descritas a seguir.

**Quadro 3 – Programação orçamentária do HPP de Quijingue (BA)**

INTERNAÇÃO	Atividade realizada	Valor a pagar
	Acima do volume estabelecido	100% do orçamento pactuado
	Entre 95 e 100% do volume estabelecido	100% do orçamento pactuado
	Entre 90 e 94,99% do volume estabelecido	Diminuição de 2,0% do orçamento pactuado fixo
	Entre 85 e 89,99% do volume estabelecido	Diminuição de 4% do orçamento pactuado fixo
	Entre 80 e 84,99% do volume estabelecido	Diminuição de 6% do orçamento pactuado fixo
	Entre 75 e 79,9% do volume estabelecido	Diminuição de 8 % do orçamento pactuado fixo
	Entre 70 e 74,99% do volume estabelecido	Diminuição de 10% do orçamento pactuado fixo
	Entre 65 e 69,99% do volume estabelecido	Diminuição de 12% do orçamento pactuado fixo
	Entre 60 e 64,99% do volume estabelecido	Diminuição de 14% do orçamento pactuado fixo
	Entre 55 e 59,99% do volume estabelecido	Diminuição de 16% do orçamento pactuado fixo
	Entre 50 e 54,99% do volume estabelecido	Diminuição de 18% do orçamento pactuado fixo
	Menor que 49,9% do volume estabelecido	Diminuição de 20% do orçamento pactuado fixo

Fonte: contrato 087/2015

Foi estabelecido que cumprimentos inferiores a esse percentual implicariam o repasse reduzido proporcionalmente à faixa estabelecida no contrato, cuja redução varia de 2% a 20%. Entretanto, o cumprimento de metas físicas ajustadas inferior a 70% por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) alternados implica a reversão automática do pagamento para pós-fixado, ou seja, por produção. Para subsidiar a avaliação da política pública construiu-se um elenco de indicadores e metas quantitativas para a dimensão internação conforme tabela abaixo.

**Tabela 1 – Metas quantitativas quanto aos leitos/mês para HPP de Quijingue (BA)**

Especialidades	Leitos ajustados	Físico contratado		Físico ajustado
		AIH/ Mês	AIH/ Ano	AIH/ Ano
<b>Clínica médica</b>	9	43	515	516
<b>Clínica pediátrica</b>	4	20	239	240
<b>Clínica obstétrica</b>	4	20	239	240
<b>TOTAL</b>	17	83	993	996

Fonte: Relatório de Auditoria SUS n°3886

As metas físicas e orçamentárias ambulatoriais estão inseridas num bloco cujos recursos são pós-fixados, ou seja, seus recursos seriam repassados de acordo com a produção mensal necessária e aprovada no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, até o limite do contrato, exposto no quadro 04. A seguir, esses indicadores e metas.

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: um referencial para a efetividade**

**Quadro 4 – Metas ambulatoriais do HPP de Quijingue (BA)**

Grupo/ atividade	Física mensal	Física anual	Orçamentária mensal	Orçamentária anual
0202 - Diagnóstico em laboratório clínico	965	11580	2.494,61	29.935,32
0301 - Consultas/ atendimento/ acomp	428	5136	1.803,34	21.640,08
0401 - Peq. cirurgias, cir. de pele, Tec. Sub	102	1224	1.689,16	20.269,92
0404 – Cir. vias aéreas superiores, face, cabeça	21	252	588,00	7.056,00
<b>TOTAL</b>	<b>1.516</b>	<b>18.192</b>	<b>6.575,11</b>	<b>78.901,32</b>

Fonte: Plano Operativo Anual – contrato 087/2015

Como forma de monitorar as metas orçamentárias a auditoria registrou um valor repassado ao Fundo Municipal de Saúde de Quijingue, por recursos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, pelo FESBA (Fundo Estadual de Saúde da Bahia), nas competências de setembro de 2015 a maio de 2016, R\$ 420.106,22 (quatrocentos e vinte mil, cento e seis reais e vinte e dois centavos).

Sendo R\$ 12.106,22 (doze mil, cento e seis reais e vinte dois centavos) referentes aos procedimentos ambulatoriais, e R\$ 408.00,00 (quatrocentos e oito mil reais) referente ao serviço hospitalar.

No entanto, ao realizar o levantamento da produção real de internações no período entre outubro de 2015 a maio de 2016, e o valor repassado pelo FESBA ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) de Quijingue (BA), observou-se a situação descrita na tabela a seguir.

**Tabela 2 – Comparativo entre produção hospitalar informada no SIH/SUS e o repasse efetuado pelo FESBA, por competência, ao HPP de Quijingue, entre outubro de 2015 a maio de 2016.**

Mês/ ano	AIH Mês POA	AIH Mês faturado% de cumprimento da meta	% de cumprimento da meta	Valor a pagar (R\$)	Valor pago (R\$)	Diferença (R\$)
Outubro/2015	83	3	3,61	36.720,00	45.900,00	9.180,00
Novembro/2015	83	10	12,05	36.720,00	45.900,00	9.180,00
Dezembro/2015	83	1	1,20	36.720,00	45.900,00	9.180,00
Janeiro/2016	83	3	Produção	1.133,20	45.900,00	44.766,80
Fevereiro/2016	83	25	Produção	8.557,45	45.900,00	37.342,55
Março/2016	83	8	Produção	3.300,57	45.900,00	42.599,43
Abril/2016	83	22	Produção	7.099,66	45.900,00	38.800,34

Maio/2016	83	14	Produção	5.602,53	45.900,00	40.297,47
<b>TOTAL</b>	<b>664</b>	<b>86</b>	<b>12,95</b>	<b>135.853,41</b>	<b>367.200,00</b>	<b>231.346,59</b>

Fonte: Relatório de Auditoria SUS nº3886

Conforme a tabela acima, podemos observar que a meta de alcance das AIH foi 12,95%, ou seja, menor que 15% do pactuado. De acordo com a regra contratual, no quarto mês o repasse de recursos deveria ter sido revertido de pré-fixado para pós-fixado, ou seja, por produção, em decorrência do cumprimento inferior a 70% das metas pactuadas por três meses consecutivos. Contudo, observou-se o repasse integral.

Conforme pactuação, foram elencadas também 19 (dezenove) metas qualitativas, no Plano Operativo Anual (POA), que somam 100 pontos. Essas metas são compostas por registros de procedimentos operacionais, presença de comissões, rotinas implantadas, relatórios gerenciais e setoriais, registros epidemiológicos, estrutura física, ambiência, bem como quantidade de transferências realizadas pelo estabelecimento para outros hospitais.

Dessas metas pactuadas, o HPP cumpriu parcialmente apenas duas delas, alcançando somente 8,5 pontos. Esta pontuação o classificou como RUIM no score do POA. Apesar disso, o repasse mensal do componente pré-fixado qualitativo foi efetuado regularmente.

No entanto, o relatório conclui que, apesar das diversas inadequações encontradas no HPP de Quijingue, o estabelecimento desempenha importante papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município. Salaria a necessidade de medidas que promovam a integração e inserção do HPP com outras RAS, bem como recomenda cumprimento por parte da SESAB dos seus compromissos quanto à qualificação do estabelecimento.

### 3 CONCLUSÃO

As definições de avaliação são muitas, mas um aspecto consensual é a sua característica de atribuição de valor. A decisão de aplicar recursos em uma ação pública sugere o reconhecimento do valor de seus objetivos pela sociedade, sendo assim, sua avaliação deve verificar o cumprimento de objetivos e validar continuamente o valor social incorporado ao cumprimento desses objetivos (MOKATE, 2002).

A avaliação representa um potente instrumento de gestão, na medida em que pode, e deve ser utilizada durante todo o ciclo da gestão, subsidiando desde o planejamento e formulação de uma intervenção, o acompanhamento de sua implementação, os consequentes ajustes a serem adotados até as decisões sobre sua manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção.

## ***AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: um referencial para a efetividade***

Além disso, a avaliação pode contribuir para a viabilização de todas as atividades de controle interno, externo, por instituições públicas e pela sociedade, levando maior transparência e *accountability* às ações de governo. Por isso, uma das características-chave da avaliação deve ser sua integração a todo o ciclo de gestão, desenvolvendo-se simultaneamente a ele, desde o momento inicial da identificação do problema.

No estudo de caso em questão, esse consenso no plano do discurso não produz automaticamente a apropriação dos processos de avaliação como ferramentas de gestão, pois frequentemente a tendência é percebê-los como um dever, ou até mesmo como uma ameaça, impostos pelo financiador, sem necessariamente ser efetiva. Como exposto anteriormente, um dos grandes desafios de avaliar uma política pública, e especificamente a Política de HPP, é correlacionar metas físicas com o monitoramento das metas qualitativas com vistas à melhoria da qualidade de atenção prestada aos usuários.

O estudo demonstrou que, o estabelecimento municipal (Hospital Municipal de Quijingue) não atingiu a maioria das metas presentes no Contrato nº 50/2016, firmado entre o município de Quijingue e a SESAB. No entanto, não foi observado aplicação de sanções, por parte da SESAB, conforme estipulado no Artigo 13 da Resolução CIB/BA 191/2011, contrariando inclusive cláusulas previamente contratualizadas. Observou-se uma ineficácia do Estado na avaliação e acompanhamento da execução da Política Pública de HPP, uma vez que não foi identificada suspensão nos repasses financeiros realizados pelo FESBA, no período, apesar do não cumprimento das metas.

Em face do exposto, conclui-se que, na Bahia, a importância da avaliação das políticas públicas de saúde voltadas aos Hospitais de Pequeno Porte é reconhecida em documentos oficiais e científicos, mas esse reconhecimento formal ainda não se traduz em processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública, e por tanto, sua efetividade.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, Z. B. de. **Hospitais de Pequeno Porte em Santa Catarina: um panorama quanto à humanização, acesso e participação nas decisões**. 2016. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173828>. Acesso em 8 dez. 2017.

BAHIA. Resolução CIB/BA nº 141, de 28 de maio de 2010. Aprova a nova Programação Pactuada e Integrada do Estado da Bahia – PPI-BA 2010 - e dá outras providências. Disponível em: <https://prodeboffice365->

my.sharepoint.com/personal/sesab\_cib\_saude\_ba\_gov\_br/Documents/2017/Resolu%C3%A7%C3%B5es/RES\_CIB\_N\_141.2017.pdf?slrid=f0f5349e-a0bb-5000-971a-99b36073381d>. Acesso em: 9 dez. 2017.

BAHIA. Resolução CIB/BA n° 191, de 25 de agosto de 2011. Aprova a Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte – HPP – para o SUS no Estado da Bahia. Disponível em: [https://prodeboffice365-my.sharepoint.com/personal/sesab\\_cib\\_saude\\_ba\\_gov\\_br/Documents/2011/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CIB%20n%C2%BA%20161%20a%20359.pdf?slrid=45f5349e-e0eb-5000-bdb3-1c4367991618](https://prodeboffice365-my.sharepoint.com/personal/sesab_cib_saude_ba_gov_br/Documents/2011/Resolu%C3%A7%C3%B5es/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CIB%20n%C2%BA%20161%20a%20359.pdf?slrid=45f5349e-e0eb-5000-bdb3-1c4367991618). Acesso em: 9 dez. 2017.

BAHIA. Governo do Estado. Secretaria de Saúde de Estado da Bahia – SESAB. Contrato n° 050/2016 que entre si celebram o Estado da Bahia, por intermédio da Secretaria de Saúde/ SESAB e o município de Quijingue. Salvador, 2016.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Auditoria – SUS/BA. Relatório de Auditoria n° 3886. Quijingue, 2016.

BAHIA. Resolução CIB/BA n° 141, de 24 de agosto de 2017. Aprova o repasse do Comando Único das ações e serviços da atenção especializada ambulatorial e hospitalar da média e alta complexidade para os Municípios: Maragogipe, Irará, Quijingue, Sebastião, Laranjeira e Urandi. Disponível em: [https://prodeboffice365-my.sharepoint.com/personal/sesab\\_cib\\_saude\\_ba\\_gov\\_br/Documents/2017/Resolu%C3%A7%C3%B5es/RES\\_CIB\\_N\\_141.2017.pdf?slrid=04876f9e-802b-6000-fe6f-8d023719f426](https://prodeboffice365-my.sharepoint.com/personal/sesab_cib_saude_ba_gov_br/Documents/2017/Resolu%C3%A7%C3%B5es/RES_CIB_N_141.2017.pdf?slrid=04876f9e-802b-6000-fe6f-8d023719f426). Acesso em: 8 dez. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 529, de 17 de março de 2009. Inclui Hospitais dos Estados de Pernambuco, Piauí, Sergipe, Bahia e Tocantins na PNHPP e homologa o processo de adesão do Estado do Rio Grande do Sul na PNHPP. Brasília, DF. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0529\\_17\\_03\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0529_17_03_2009.html). Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 663, de 29 de março de 2006. Homologa o processo de adesão do Estado da Bahia na PNHPP. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-663.htm>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 1.044, de 01 de junho de 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044\\_01\\_06\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html). Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 2.224, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do SUS. Disponível em: <http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/urgencia-emergencia/urgencia-emergencia/portaria-no-2224gm-em-5-de-dezembro-de-2002.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a PNHOSP no âmbito do SUS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em: 8 dez. 2017.

EASTON, David (org.). Modalidades de Análise Política. In: ETZIONI, Amitai. **The Active Society**. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA PARA HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE: um referencial para a efetividade**

ETZIONI, Amitai. **Political Unification**. Nova Iorque, In: HOLT, Rinehart and Winston. Nova Iorque, 1965. MARCH e OLSEN, [ed.], 1976).

HOGWOOD, Brian W.; GUNN, Lewis A. The policy orientation. **Centre for the Study of Public Policy**. University of Strathclyde, 1981.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7 ed. Reimp. São Paulo: Atlas, 2014. 228p.

MNNIER, E. **Évaluation de l'action des pouvoirs publics**. Paris: Economica, 1992, p. 87.

MOKATE, K. M. Convertiendo el 'mons- truo' en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**. v. 53, n. 1, p. 89-133, jan./mar. 2002.

RUAS, Maria das Graças. **A avaliação no ciclo de Gestão Pública**. Disponível em: [http://www.seguranca.mt.gov.br/UserFiles/File/SUPF/aval\\_cic\\_gest\\_publ.pdf](http://www.seguranca.mt.gov.br/UserFiles/File/SUPF/aval_cic_gest_publ.pdf). Acesso em: 21 nov. 2017.

SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. Introdução à Política Pública. **Políticas públicas**. coletânea. Brasília: ENAP, 2006. 2 v.

THOENIG, J.C. A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública. **Revista do Serviço Público**, v. 51, n. 2, abr./jun. 2000.

UGÁ, M. A. D; LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/10.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2017.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.